

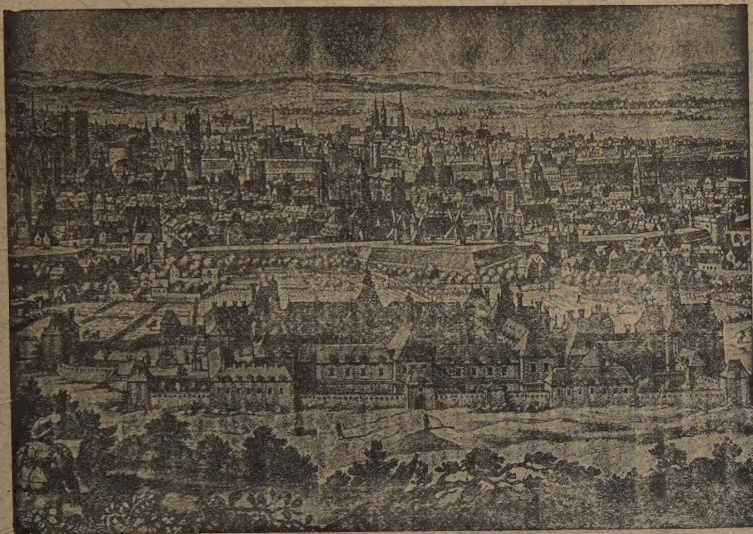
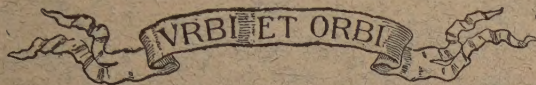
ANNÉE 1908. — FACULTE DE MEDECINE DE PARIS. — N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 25 novembre 1908, à 1 heure

Par **Charles CHARBONNEAU**

Né à Mont-et-Marie, (Nièvre), 9 avril 1881



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

Les différentes formes de Sporothricoses

ET LEUR

Diagnostic clinique avec la Tuberculose et la Syphilis

Président : M. GAUCHER, professeur

Juges } MM. WIDAL, agrégé
RICHAUD, agrégé
LœPER, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, 15, RUE RACINE

1908

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

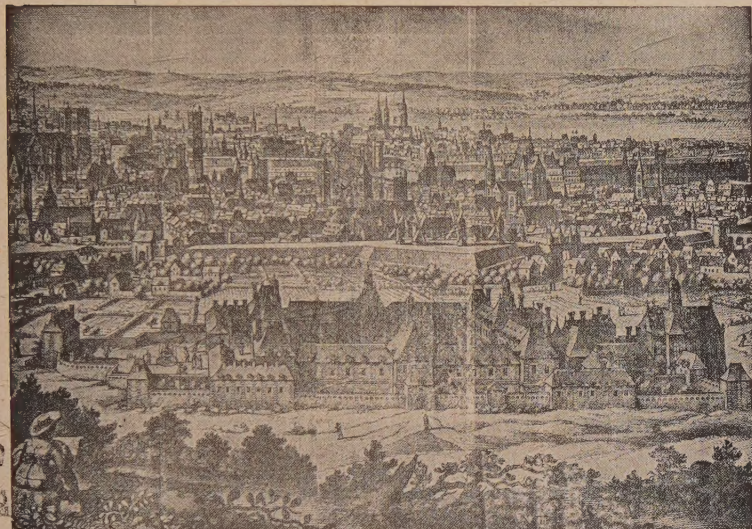
ANNÉE 1908. — FACULTE DE MEDECINE DE PARIS. — N° 

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 25 novembre 1908, à 1 heure

Par **Charles CHARBONNEAU**

Né à Mont-et-Marie, (Nièvre), 9 avril 1881



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

Les différentes formes de Sporothricoses

ET LEUR

Diagnostic clinique avec la Tuberculose et la Syphilis

Président : M. GAUCHER, professeur

Juges } MM. WIDAL, agrégé
 } RICHAUD, agrégé
 } LœPER, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, 15, RUE RACINE

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GABRIEL
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{ BRISSAUD
	{ DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARIE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	QUENU
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	GILBERT
Hygiène.....	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	GILBERT BALLET
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
Clinique médicale.....	{ HAYEM
	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
Maladies des enfants.....	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU
	{ BERGER
	{ RECLUS
	{ SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD
	{ BAR
	{ RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFTEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

*qui nous fait l'honneur d'ac-
cepter la présidence de cette
thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Les Différentes formes de Sporothricoses

et leur Diagnostic Clinique
avec la Tuberculose et la Syphilis

INTRODUCTION

La sporothricose, affection reconnue et étudiée ces dernières années seulement, est une mycose caractérisée par des inflammations chroniques et produite par un champignon de l'ordre des hyphomycètes. Grâce à la diffusion des procédés techniques propres à mettre en évidence cet agent pathogène, les observations se multiplièrent depuis la première communication de MM. de Beurmann et Ramond en 1903 et plus de trente-cinq cas ont été publiés à Paris jusqu'à ce jour.

Cette maladie, considérée dès les premières recherches comme excessivement rare, est cependant assez fréquente dans la pratique ; et si son existence a été aussi longtemps méconnue, la raison en est dans la grande ressemblance de ses caractères cliniques et

anatomiques avec les manifestations de la syphilis, de la tuberculose ou même de certaines suppurations aiguës ou chroniques.

Nous essaierons dans notre modeste travail de décrire les différents types cliniques que la sporothricose peut revêtir et les principales manifestations syphilitiques et tuberculeuses avec lesquelles il est facile de les confondre ; ensuite, nous nous efforçons d'indiquer les moyens de faire cliniquement ce diagnostic et de le confirmer par les procédés de laboratoire les plus employés actuellement.

Nous ne voulons pas aborder notre étude sans adresser nos remerciements les plus respectueux à M. le Dr Fouquet pour nous avoir indiqué le sujet de notre thèse, et donné une observation, encore inédite, d'un de ses malades.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Schenk (1898), Brayton (1899), puis Hecktoen et Perkins (1890) publièrent en Amérique les trois premières observations de sporothricose humaine, sporothricose lymphangitique gommeuse due au *Sporothricum Schenki*.

En France, le premier cas fut recueilli par MM. de Beurmann et Ramond en 1903 et diagnostiqué « abcès sous-cutanés multiples d'origine mycosique ». Croyant tout d'abord à un cas de ladrerie humaine ils firent l'examen direct du pus de ces abcès qui resta négatif ; mais poursuivant leurs recherches, ils recueillirent bientôt par ensemencement sur gélose glucosée de superbes colonies d'un champignon particulier que M. Matruchot identifia et nomma à juste raison *Sporothricum Beurmann*. En 1906, MM. de Beurmann et Gougerot ayant observé trois nouveaux cas de cette affection publièrent à ce propos un important mémoire dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* où ils étudièrent les caractères cultureux et morphologi-

ques du parasite, en même temps qu'ils décrivirent un certain nombre de formes cliniques que l'affection est susceptible de présenter.

Dans le courant de la même année M. Dor rencontra dans des abcès multiples sous-cutanés observés sur un malade soigné dans le service de M. le professeur Poncet à Lyon le *Sporothricum Dori* et publia l'observation de cette affection d'une façon détaillée.

Depuis cette époque les observations deviennent de plus en plus nombreuses.

MM. Lesné et Monnier-Vinard publient un cinquième cas, observé dans le service de M. le professeur Reclus, auquel succède bientôt un sixième cas relaté par MM. de Beurmann et Gougerot.

MM. Gaucher et Monnier-Vinard présentent peu après un septième, puis un huitième malade.

Chez ce dernier sont associées des lésions mycosiques hypodermiques et épidermiques, et la culture de crachats donne des colonies de *Sporothricum Beurmani*.

Puis viennent les observations recueillies par MM. Vaquez, Lambry et Esmein, de Beurmann et Gougerot avec localisation sur les muqueuses, Domini et Rubens-Duval, Brodier et Gastou avec laryngite papillomateuse, Ravaut et Civatte, Brissaud et Rathery, Danlos et Blanc, Massary, Doury et Monnier-Vinard, Launois et Léderich, Balzer et Galup, Gaucher et Fouquet, Morax et Carlotti avec localisation à la paupière inférieure, Sicard, Bith et Gou-

gerot, Fage, Dreulle et Chadzinski, Hudelo et Monnier-Vinard, Vidal et Weil, Letulle et Debré, Brodier et Fage, Sicard et Deschamps, etc.

La sporothricose est retrouvée aussi en province et M. Bonnet communique à la Société nationale de Médecine de Lyon en décembre 1907 un cas de cette affection observé dans son service de l'Antiquaille.

Puis grâce à la diffusion à l'étranger des travaux de ces auteurs et en particulier des observations de MM. de Beurmann et Gougerot, la littérature médicale étrangère s'enrichit de nombreuses observations de sporothricose dont le parasite est identifié au *Sporothricum Beurmani*.

Au Brésil Lutz et Spendore ont présenté en 1907 au congrès de médecine de Sao Paulo un mémoire intéressant sur « une mycose observée chez l'homme et le chien » et cinq observations de malades atteints de sporothricose lymphangitique gommeuse ascendante consécutive à des traumatismes.

A la Sociedad Dermatologica Argentina (République Argentine) est présenté par le Dr Marco Del Pont un malade atteint d'une mycose dont le champignon est identifié au *Sporothricum Beurmani*, et V. Greco relate de nouveaux cas de sporothricose observés à Buenos-Ayres.

Toutes ces observations montrent donc la diffusion et la fréquence des sporothrica et en particulier du *Sporothricum Beurmani* tant en France qu'en Amérique, et elles apportent de nombreux éléments à l'étude encore toute nouvelle de cette affection.

Aussi successivement à côté des lésions hypodermiques, les plus fréquentes, il est vrai, et les seules notées dans les premières observations, apprenons-nous à connaître de nouvelles localisations de ce champignon.

D'abord MM. de Beurmann et Gougerot, Brodier et Gastou, Letulle et Debré nous décrivent en détail les lésions muqueuses, puis MM. Brissáud et Rathery, Massary, Doury et Monnier-Vinard, nous enseignent que le champignon peut causer des lésions musculaires et enfin MM. Balzer et Galup, Sicard, Bith et Gougerot, Widal et A. Weil, montrent la possibilité d'une localisation périostée ou osseuse du parasite.

MM. Widal et A. Weill tout récemment prouvent la présence du parasite dans le sang par l'hémoculture et MM. Widal et Abrami nous indiquent la technique de la sporoagglutination par le sérum d'un malade sporothricosique.

CHAPITRE II

Définition. — Etiologie. — Pathogénie

La sporothricose est une maladie infectieuse, spécifique, commune à l'homme et à certains animaux (chiens, rats) et produite par un champignon de l'ordre des hyphomycètes auquel MM. Matruchot et Raymond donnèrent le nom de *sporothricum* et dont les caractères sont nettement établis : ce sont des filaments mycéliens, cloisonnés, enchevêtrés et ramifiés à angles très ouverts, rectilignes ou légèrement incurvés, larges de deux millièmes de millimètre, sur lesquels s'attachent les spores, masses brunes ovoïdes, par un court pédicule.

L'homme puise le parasite dans le milieu ambiant et se l'inocule par contact avec des débris végétaux. Ce champignon, en effet, dont les colonies se développent avec la plus grande facilité à la température ordinaire, peut vivre de longs mois en saprophyte sur de nombreux végétaux, graines, feuilles, fruits et même sur des animaux qui peuvent ainsi devenir autant d'agents de transmission de l'affection.

Le mode de contagion a été établi nettement dans

certaines observations : à la suite de blessures aux doigts par un marteau, un clou, un fil de fer, les malades observés par Schenck, Hecktoen et Perkins présentèrent un véritable chancre sporothricosique avec lymphangite ascendante ; il en fut de même pour le malade signalé par MM. de Beurmann et Gougerot dans la dix-huitième observation, lequel après infection d'une plaie frontale par des débris végétaux vit se développer une gomme due au *Sporothricum Beurmani*.

Sans doute certaines lésions dermiques ou épidermiques, groupées autour d'une ulcération gommeuse résultent d'une auto-inoculation cutanée, mais la pathogénie des sporothricoses gommeuses disséminées est des plus obscures et la plupart des observations ne peuvent nous fournir la moindre explication sur la porte d'entrée du parasite.

Peut-être après une vie saprophytique plus ou moins longue dans quelque repli muqueux et en particulier dans la cavité bucco-pharyngée, le parasite vient-il à pénétrer par la voie digestive et à être disséminé ensuite par les vaisseaux sanguins dans les parties les plus diverses de l'organisme, pour s'y développer grâce à certaines causes prédisposantes encore inconnues.

A cette pathogénie très obscure, les occupations ou l'état antérieur du malade n'apportent que de faibles renseignements : à peine pouvons-nous dire que toutes les observations publiées furent celles de malades pauvres, de la clientèle hospitalière, dont le plus

grand nombre étaient en contact journalier par leurs travaux avec des débris végétaux (porteurs aux halles, jardiniers, marchands de quatre saisons) ou atteints d'une cause débilitante, diabète, goutte, et surtout syphilis et tuberculose.

CHAPITRE III

Classification des diverses formes cliniques

Les observations de sporothricose devenant de plus en plus fréquentes, de nouvelles formes s'ajoutèrent aux descriptions déjà connues et prouvèrent le polymorphisme de cette affection.

Après les localisations cutanées furent décrites les localisations muqueuses et extra-tégumentaires.

Aussi malgré les ressemblances de cette affection avec la syphilis et la tuberculose, ressemblances qui avaient fait classer par de Beurmann et Gougerot les formes de la maladie en sporothricoses syphiloïdes et sporothricoses tuberculoïdes, préférons-nous avec Monnier-Vinard établir une classification d'après le siège anatomique des lésions :

Sporothricose à localisations cutanées ;

Sporothricose à localisations muqueuses ;

Sporothricose à localisations extra-tégumentaires.

Cependant les divers modes de développement, d'évolution et de dissémination du parasite ont permis d'individualiser parmi les sporothricoses à localisations cutanées différents types cliniques et de décrire : 1° les formes gommeuses disséminées ;

2° les formes lymphangitiques gommeuses ; 3° les formes à grands abcès ; 4° les formes dermiques ; 5° les formes épidermiques et tricophytoïdes avec aspect de Kérion.

Les observations à localisations muqueuses ne nous ont révélé que les manifestations bucco-pharyngées du sporothricum, tandis que les cas de sporothricoses intra-musculaires, périostées, osseuses et viscérales, ont permis d'esquisser l'histoire clinique des diverses formes des sporothricoses à localisations extra-tégumentaires.

CHAPITRE IV

Sporothricoses à localisations cutanées

1° Forme hypodermique à gommes disséminées. —

Cette affection aboutit à la formation de gommes sous-cutanées, véritables abcès froids, dont la présence n'est remarquée du malade que par hasard. En l'espace de quelques semaines d'autres nodosités se montrent et leur apparition semble se faire par poussées successives. L'étiologie de cette forme nous échappe toujours, et ni la porte d'entrée, ni la source de contagion ne sont reconnues. Ces gommes peuvent se disséminer sur les diverses parties du corps en nombre très variable : rarement au-dessous de cinq, elles peuvent atteindre les chiffres de vingt et même davantage (97 gommes furent relevées sur le malade observé par Widal et A. Weil ; 86 dans notre observation inédite.)

Leur localisation ne suit aucune règle, au contraire ces lésions sont disséminées sur le cou, le tronc, les membres inférieurs ou supérieurs, avec cependant une très légère prédilection pour les parties latérales du tronc et la racine des membres.

Tantôt perdues dans l'hypoderme où elles ne peuvent être décelées que par une palpation attentive, tantôt d'une grosseur qui peut égaler celle d'une noix, d'une tête de fœtus, le volume en est des plus variables. (Obs. de Dor, un abcès ouvert laissa évacuer 400 centimètres cubes de pus.)

Ces gomme d'un aspect lisse sont dures, mobiles, sur les plans profonds et roulent sous le doigt à la palpation ; elles ont un développement insidieux, aplegmasique, sans réaction sur les tissus voisins, sans douleur et sans gêne fonctionnelle. La peau qui les recouvre ne présente aucune adhérence avec elles à la période de crudité, et elle garde son aspect normal.

Après un temps assez long, les gomme augmentent en quelques jours de volume : de la grosseur d'une lentille elles peuvent atteindre celle d'une noix. De consistance très ferme elles deviennent plus molles, adhèrent au derme et lui donnent « l'aspect d'une peau d'orange » tandis que les téguments prennent une coloration lilas. La tumeur arrondie globuleuse présente en son milieu une fluctuation assez franche et un véritable abcès hypodermique se forme. La peau qu'elle soulève s'amincit puis s'ulcère en donnant issue à un pus collecté homogène, opaque, épais, gommeux, de couleur brun jaunâtre mêlé d'un peu de sang.

Chez certains malades les abcès n'ont aucune tendance à s'ouvrir spontanément et peuvent régresser.

A ce moment le diagnostic de gomme sporothri-

cosique semble aisé à établir tant les caractères du ramollissement de cette tumeur sont pathognomoniques : la fonte n'occupe que la partie centrale de l'infiltrat et est entourée d'une large zone indurée ; le ramollissement est cupuliforme et tout à fait superficiel ; les bords de l'ulcération sont décollés, boursoufflés, épaissis, violacés, et le fond est rouge et bourgeonnant.

Malgré la dissémination de ces lésions cutanées, l'état général est parfaitement conservé et les ganglions lymphatiques des territoires atteints restent indemnes ; s'ils augmentent de volume, ce n'est que très tardivement, à la suite d'infections secondaires d'abcès depuis longtemps fistuleux.

Après la guérison, les cicatrices sont ordinairement petites, lisses, souples, blanchâtres, à peine visibles et souvent doit-on les rechercher avec soin pour les découvrir. « A la palpation on trouve un reliquat d'infiltration périphérique et le centre paraît déprimé comme s'il persistait une petite cavité dans la profondeur du derme ; d'autres fois, les cicatrices sont identiques à celles des gommes syphilitiques : elles en ont la régularité, la surface lisse et la forme arrondie. Leur couleur rouge violacé qui persiste longtemps, leur multiplicité, la présence de varicosités capillaires, l'existence de grains jaunâtres, gomme-gutte à leur surface permettent la différenciation. » (Millian. *Progrès médical*, 16 mai 1908.)

2° *Formes lymphangitiques gommeuses.* — A côté de cette forme disséminée, nous pouvons isoler une

seconde manière de distribution des gommes hypodermiques. Les éléments, échelonnés suivant le trajet des lymphatiques, se présentent sous forme de nodosités tantôt nettement isolées les unes des autres, tantôt au contraire reliées par de gros cordons lymphatiques durs et indolores. Mais, cependant, même dans cette forme, les ganglions correspondants sont presque toujours indemnes.

C'est là la forme lymphangitique gommeuse dont l'évolution clinique est en tous points semblable à la forme hypodermique disséminée ; elle ne diffère de cette dernière que par le groupement de ses éléments et une origine traumatique presque toujours évidente, la contagion se faisant à la suite d'une plaie des téguments, d'une coupure, d'un coup, etc.

Quelque temps après ce traumatisme, se développe au point d'inoculation un véritable chancre sporothricosique à fond bosselé de gros bourgeons, anfractueux, avec traînées de pus blanchâtre, aux bords déchiquetés, décollés.

Quelques jours ou quelques semaines après le début de cette lésion initiale, survient au-dessus d'elle un nodule arrondi, dur, qui bientôt se ramollit et s'ulcère ; puis un deuxième, un troisième naissent successivement, s'échelonnant et dessinant le trajet connu des lymphatiques. On peut ainsi trouver une série de gommes aux divers degrés de leur développements les plus proches du point d'inoculation prête, à

s'ouvrir ou même ulcérées, les plus éloignées encore dures, petites, non ramollies (1).

L'état général n'est pas atteint et l'affection reste toujours localisée au territoire où elle a été inoculée.

3° *Forme à grands abcès.* — Aux gommés sporothricosiques de moyen et de petit volume, nous pouvons opposer une forme de sporothricose à grands abcès dont la première observation, et la seule d'ailleurs, fut publiée à Lyon par M. Dor. Cet auteur relate le cas d'un malade entré dans le service de M. le professeur Poncet, couvert d'abcès multiples indolores dont quelques-uns de très gros volume donnèrent issue à 400 centimètres cubes d'un pus blanchâtre, d'aspect graisseux.

Malgré le volume et le nombre des lésions, la guérison s'opéra rapidement sans aucun retentissement sur l'état général. D'ailleurs ces grands abcès ont la même évolution que les petites gommés; indolores et disséminés sans ordre, ils ont une allure torpide, aphlegmasique, n'influencent pas le système ganglionnaire et aboutissent toujours à une prompte guérison.

1. Observations de Schenk, Perkins, Brayton.

MM. de Beurmann et Gougerot. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1907, p. 268.

MM. Gaucher, Monnier, Vinard. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1907, p. 353.

MM. de Beurmann et Gougerot. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1907, p. 950.

4° *Forme dermique*. — Cette forme de l'affection est caractérisée par l'apparition d'emblée de nodules à sièges intra-dermiques, qui laissent les plans sous-jacents indemnes. Elle s'observe surtout dans les régions où la peau est particulièrement fine, aux plis de flexion des membres, la face interne des bras et des jambes, et surtout à la face. On a des gommes dermiques qui sont en tous points semblables aux gommes hypodermiques ; elles peuvent se présenter chez le même malade à différents stades de leur développement : tantôt ce sont des tumeurs de la largeur d'une pièce de 1 franc, légèrement saillantes, de couleur rose violacée ; tantôt, à un âge plus avancé, ce sont des ulcérations plus ou moins régulières, à bords épaissis, décollés, boursoufflés, violacés, à fond anfractueux, rosé, bourgeonnant, recouvertes parfois d'une croûte brune ou noirâtre, croûte entourée d'une large zone inflammatoire (1).

A côté de ces lésions dermiques primitives, les formes dermiques secondaires sont nombreuses, résultant d'une infiltration plus ou moins étendue du derme au cours de l'évolution d'un nodule hypodermique. Elles se développent sans douleur et sans réaction sur les ganglions lymphatiques voisins.

1. Observations. de MM. de Beurmann, Gougerot. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*. — MM. Gaucher, Monnier-Vinard. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 26 avril 1908. — MM. Laubry, Esmein. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, mai 1907. — MM. de Beurmann et Gougerot. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, juin 1907.

Lésions épidermiques. — Elles s'observent surtout chez les malades atteints de lésions sporothricosiques ouvertes ; elles ne sont pas primitives, et se développent secondairement autour des lésions ulcéreuses consécutives à l'évacuation d'un abcès hypodermique. Autour donc de ces gommes en suppuration, il se produit de multiples auto-inoculations et il se forme de petites vésicules opalines de la grosseur d'une tête d'épingle.

« Parfois isolées, parfois en amas irréguliers, assez souvent elles sont disposées en couronnes autour d'une plaque centrale, lisse, nacrée, dont la périphérie légèrement tuméfiée a une teinte rosée, en sorte que l'aspect de cette lésion rappelle celui d'une plaque de tricophytie. A la suite de l'envahissement épidermique, le derme puis l'hypoderme peuvent être envahis et l'on voit alors se développer des abcès intra et hypodermiques. » (Monnier-Vinard. *Presse médicale*, 1907, p. 247).

6°. *Sporothricose tricophytoïde avec aspect de Kérion.* — A côté des lésions épidermiques décrites par Monnier-Vinard nous pouvons signaler une autre forme clinique de la sporothricose tégumentaire, qui fut nommée par M. Gaucher « Kerion sporothricosique » à cause de sa grande ressemblance avec certaines folliculites agminées tricophytiques, ou Kerion.

Nous essaierons de décrire les caractères cliniques de cette sporothricose par un unique cas observé par

MM. Gaucher et Fouquet à la polyclinique dermatologique de l'hôpital Saint-Louis.

Chez un malade qui présentait un grand nombre de gommes disséminées sur les diverses parties des téguments, ces auteurs ont observé sur le dos de la main gauche, au-dessus du premier espace inter-digital, un vaste placard dont l'aspect rappelle une plaque de tuberculose verruqueuse ou mieux encore de Kerion (folliculite agminée trichophytique).

Comme le Kerion, ce placard sporothricosique, assez régulièrement arrondi, siégeant sur le dos de la main, forme un gateau plat, surélevé au-dessus des téguments, présente l'aspect et le relief d'un macaron. Le fond est rouge, mamelonné, tomenteux, bourgeonnant et par pression laisse sourdre un pus blanchâtre et crémeux. Les bords sont élevés, saillants, surplombant les téguments voisins et étendent excentriquement la lésion par envahissement successif des tissus sains, sans déterminer de symptômes fonctionnels proportionnés à la gravité apparente de cette vaste plaie.

Le centre semble au contraire avoir tendance à se cicatriser.

CHAPITRE V

Etude clinique des sporothricoses à localisations muqueuses

• Autant les manifestations cutanées sont fréquentes, autant les localisations sur les muqueuses sont exceptionnelles. Cependant, leurs signes cliniques doivent être étudiés, car deux observations ont déjà été signalées, la première par MM. de Beurmann et Gougerot (Société médicale des hôpitaux de Paris, 7 juin 1907), la seconde par MM. Brodier et Gastou (Société médicale des hôpitaux de Paris, 25 octobre 1907), complétée par MM. Maurice Letulle et Debré (15 mars 1908).

Le premier malade ne présentait qu'une petite ulcération du pilier antérieur droit du voile du palais, dont l'exsudat cultivé donna de nombreuses colonies de *sporothricum Beurmani*. Le second malade était atteint, outre de gommes sous-cutanées, de vastes ulcérations de la muqueuse bucco-pharyngienne. De ces deux cas nous pouvons rapprocher les expériences très intéressantes de M. Vinard qui établissent l'existence à l'état de saphrophyte du *sporothricum* dans les premières voies digestives. Par ces

deux observations, nous essaierons d'esquisser les caractères cliniques de cet ulcère sporothricosique muqueux.

Il peut y avoir, comme le relate la première observation, une seule ulcération arrondie, recouverte d'un enduit pultacé grisâtre, mais sans fausse membrane, à bords tuméfiés, rouges, surélevés, d'un relief manifeste. D'autres fois, comme on le constate dans la deuxième observation, la bouche, le pharynx, le larynx, la partie supérieure de la trachée sont envahis sur une surface considérable et couverts d'ulcérations qui vont se disséminant de proche en proche. Dans ce dernier cas, la totalité du voile du palais, la luette, les amygdales, la base de la langue, toute la surface du pharynx, y compris l'épiglotte, présentent une vaste ulcération d'apparence jaunâtre, qui, loin de creuser les téguments, forme un relief recouvert d'un enduit semblable « à de la mie de pain détrempée ». Un autre caractère essentiel à signaler, c'est que toutes ces régions conservent leurs proportions normales ; les piliers, la luette, ou le voile du palais, ne perdent rien de leur conformation anatomique et se meuvent avec la même souplesse. Au lieu donc de creuser et d'éroder la muqueuse, cette ulcération ne présente pas les mutilations inhérentes aux ulcérations syphilitiques ou tuberculeuses.

En résumé, le relief, la couleur jaunâtre l'enduit grisâtre ressemblant « à du papier mâché » et la diffusion extraordinaire sans mutilation, donnent à

la lésion un caractère pathognomonique au point de vue clinique. Ajoutons aux caractères objectifs de ce cas particulier, une rougeur diffuse de toute la cavité buccale, une voix éteinte, une dysphagie très accentuée, une salivation très abondante, une absence complète d'adénopathie cervicale, et la présence, en général, de gommages tégumentaires.



CHAPITRE VI

Lésions extra-tégumentaires

Les lésions tégumentaires ne sont pas les seules manifestations de la sporothricose ; de nouvelles localisations peuvent être relevées à côté des gommes cutanées, toujours constantes, dans différents tissus, muscles, os.

1° *Localisation intra-musculaire.* — Les gommes sporothricosiques se localisent dans les muscles avec une certaine fréquence, tout en conservant les caractères anatomiques et morphologiques des gommes hypodermiques : même consistance, même indolence à la palpation, même dissémination, même développement ; seule leur localisation et une gêne fonctionnelle un peu plus marquée des muscles où elles siègent permettent une légère différenciation.

Le diagnostic de ces gommes intra-musculaires est en général facile : la contraction des muscles les immobilise, leur relâchement leur rend leur mobilité. Elles peuvent tantôt régresser, tantôt s'ulcérer par envahissement progressif du derme qui

les recouvre et revêtent les caractères des gommes hypodermiques. On les rencontre dans le biceps, le triceps brachial, le quadriceps crural (1).

2° *Localisation périostée ou osseuse.* — Les sporothricoses cutanées et muqueuses sont largement connues, au contraire, l'étude des gommes périostées, osseuses ou viscérales est peu avancée. Cependant un certain nombre d'auteurs rattachent à une origine sporothricosique quelques gommes périostées ou osseuses qu'ils eurent l'occasion d'observer.

MM. Vidal et A. Weill, Sicard, Bith et Gougerot et enfin Fage, rapportèrent trois cas de ces gommes localisées au tibia. Ce sont des saillies plus ou moins grosses sur la face de l'os, non mobiles avec empâtement et rougeur de la peau qui les recouvre. On sent une tuméfaction dure, mal limitée avec fluctuation centrale. La palpation légère est indolore, la pression profonde révèle au contraire une douleur assez vive, mais en général sans irradiation. Il est impossible de mobiliser cette tumeur qui adhère au plan profond de l'os déformé et hypertrophié.

3° *Formes viscérales.* — Aucune observation ne nous permet d'affirmer les localisations viscérales de la sporothricose, cependant nombreuses sont les raisons qui nous font pressentir l'existence du sporothricum

1. Observations de MM. Brissaud et Rathery. Congrès français de Médecine, octobre 1908. — MM. Massary, Doury et Monnier-Vinard. Société médicale des Hôpitaux de Paris, décembre 1907. — Hudelo et Monnier-Vinard. Société médicale des Hôpitaux de Paris, juin 1907.

dans les différents organes, et surtout aux poumons.

MM. de Beurmann et Gougerot par leurs recherches expérimentales sur le rat nous ont instruit de la possibilité du développement du parasite dans les tissus et les viscères les plus divers de l'animal, foie, reins, organes génitaux, muscles, os, poumons où il creuse de véritables cavernes pulmonaires en tous points semblables aux cavernes tuberculeuses.

Un malade, atteint de sporothricose cutanée, présente-t-il tous les signes de lésions pulmonaires ; les cultures de l'expectoration donnent-elles des colonies de sporothricum et les frottis des crachats contiennent-ils de très nombreux bacilles de Koch, n'est-il pas vraisemblable de penser à une infection mixte due au bacille de Koch, puisque l'association de ces deux agents a été si souvent signalée au cours de l'évolution de nombreuses mycoses et en particulier de l'actinomycose et de l'aspergillose ?

De plus d'après MM. Massary, Doury, Monnier-Vinard, chez un malade, dont la lésion pulmonaire semblait nettement tuberculeuse par son siège et ses symptômes, le traitement ioduré, toujours nocif pour un vrai phthisique, ne produisit aucune recrudescence des phénomènes morbides ; puis les recherches du bacille de Koch dans les crachats restèrent sans résultat et même une épreuve d'ophtalmo-réaction fut incontestablement négative. Ce sont là autant d'arguments, qui, s'ils ne sont pas péremptoirs, peuvent tout au moins nous laisser pressentir les formes pulmonaires de la sporothricose.

CHAPITRE VI

Diagnostic clinique des formes cutanées de la sporothricose avec certaines mani- festations de la syphilis et de la tuberculose

La sporothricose, dans certaines de ses manifestations, peut présenter des ressemblances assez grandes avec les lésions syphilitiques et tuberculeuses, mais sa symptomatologie, son évolution et les caractères spéciaux de ses gommes, permettront toujours de suspecter et même d'affirmer le diagnostic.

Aussi essaierons-nous d'abord d'indiquer les principaux caractères qui feront différencier les sporothricoses gommeuses disséminées, des gommes syphilitiques et tuberculeuses, et aussi des sarcoïdes sous-cutanées de Darrier et Roussy.

1° *Diagnostic clinique des sporothricoses gommeuses disséminées avec les gommes syphilitiques et tuberculeuses.* — A la période de crudité, les gommes tuberculeuses, syphilitiques et sporothricosiques offrent des signes objectifs et subjectifs en tous points identiques. Les unes et les autres se développent avec la même indolence, n'occasionnent ni gêne fonc-

tionnelle, ni douleur, et, après être restées un temps assez long inaperçues, elles ne sont remarquées du malade qu'accidentellement. Toutes, elles ont une consistance ferme, dure, elles sont bien limitées, mobiles à la palpation et elles laissent parfaitement intacts les téguments qui les recouvrent.

Cependant, même à cette époque, le diagnostic peut être soupçonné par la dissémination et le nombre des lésions.

Les gommes tuberculeuses, quand elles sont cutanées, se montrent de préférence à la face, aux régions sous-maxillaires, sur le thorax ; quand elles sont ganglionnaires, elles siègent de préférence aux régions sous-maxillaires, aux aines, aux aisselles, et, dans ce dernier cas affectant plusieurs ganglions voisins, elles sont groupées les unes près des autres.

Rarement isolées, elles peuvent atteindre les nombres de dix, vingt au maximum.

Les gommes syphilitiques affectionnent les membres inférieurs et en particulier les jambes ; elles sont rarement nombreuses : uniques dans 60 o/o des cas, doubles dans 16 o/o, les nombres de quatre, six, huit, dix sont des raretés (Fournier). De plus, elles sont presque toujours assemblées dans une même région et postérieures à d'autres lésions spécifiques.

Les gommes sporothricosiques, au contraire, sont disséminées dans toutes les parties du corps, on les rencontre à la fois au tronc, aux membres inférieurs, aux membres supérieurs, au cou, avec cependant une

très légère prédilection sur les parties latérales du tronc. Leur nombre est très variable ; jamais il ne s'est jusqu'à présent trouvé inférieur à cinq et peut être supérieur à quatre-vingts.

Les gommcs syphilitiques peuvent s'ulcérer en quelques jours (quinze jours) ou conserver leurs caractères de crudité plusieurs mois (trois mois et même des années). Les gommcs tuberculeuses ont une évolution excessivement lente, alors que les gommcs sporothricosiques se ramollissent ordinairement en six à huit semaines.

A leur période de ramollissement, ces différentes gommcs présentent des caractères pathognomoniques qui permettent alors d'affirmer un diagnostic de syphilis, tuberculose ou sporothricose.

La gomme syphilitique, en se ramollissant, conserve à peu près son volume, mais devient rouge et franchement inflammatoire ; elle est acuminée comme un furoncle et devient fluctuante en son milieu ; les téguments, amincis, s'ulcèrent et laissent sourdre une faible quantité de sérosité gommeuse, sanieuse, filante. La tumeur, une fois ulcérée, ne s'affaisse pas comme le ferait un abcès banal débarrassé de son contenu et nous présente alors les deux caractères spéciaux suivants :

1° Un bourbillon, tissu nécrosé de la gomme, masse blanchâtre ressemblant « à de la charpie » ;

2° Des contours nettement circonscrits, presque toujours arrondis, « comme découpés au compas » avec bords excavés, taillés à pic « comme au bistouri. »

La gomme tuberculeuse s'empâte, s'étend de proche en proche, envahit le derme qui se teinte de varicosités rouges livides, et s'ouvre par plusieurs fistules. Elle laisse une ulcération de formes irrégulières, à bords déchiquetés, décollés, à pourtours violacés, à fond granuleux, bourgeonnant, d'où s'échappe un pus mal lié, séro-sanguinolent.

Les gommès ganglionnaires, outre leurs localisations bien fixes augmentent rapidement de volume et prennent une allure inflammatoire manifeste. Elles ont une fluctuation franche, et sont limitées par un bourrelet assez net, reliquat de la masse tumorale non encore ramollie. Elles laissent toujours des fistules récidivantes et persistantes pendant un temps indéterminé.

Ces caractères nettement établis des gommès tuberculeuses et syphilitiques nous éloignent beaucoup des caractères de l'ulcère sporothricosique qui lui aussi, présente ses caractères pathognomoniques que nous rappellerons brièvement : Sa forme devient globuleuse, il augmente rapidement de volume au moment de son ramollissement après être resté stationnaire quelque temps, la peau qui le recouvre devient lilas, et non rouge vif comme dans la syphilis, ou rouge violacé comme dans la tuberculose. Nous n'avons plus d'ulcération avec bourbillon et bords nettement circonscrits taillés à pic de la gomme syphilitique ; plus d'abcès profonds aux bords décollés irréguliers, avec fistules persistantes, mais un étroit pertuis, bien spécial à la gomme sporothricosi-

que : pertuis étroit cupuliforme, partiel, n'occupant que la partie centrale de l'élément et entouré d'une large zone infiltrée. Cette petite dépression centrale est peu profonde, circulaire, très superficielle, entourée de bords épaissis, boursoufflés et d'une auréole violacée. Ce sont là des caractères assez distinctifs, assez nets pour affirmer, par leur simple constatation, un diagnostic certain.

Les cicatrices des gommeguéries aident également dans une certaine mesure à faire porter un diagnostic rétrospectif. Celles de la sporotrichose sont très petites, souples, lisses, blanches ; les cicatrices des gommessyphilitiques sont assez semblables, mais s'en distinguent cependant par leur aspect polycyclique, leur centre blanc, nacré, décoloré, et leur pourtour pigmenté pendant de longs mois. Les cicatrices tuberculeuses sont au contraire irrégulières, bridées, chéloïdiennes, leur surface est recouverte la plupart du temps de brides formant ponts, étroites au milieu, élargies aux extrémités et sous lesquelles il est possible de passer un stylet. La peau en est blanche et luisante.

Enfin, nous ne devons négliger ni les antécédents ni les commémoratifs : chancres, plaques muqueuses, roséole, syphilide, tuberculose locale ou viscérale orienteront de préférence notre diagnostic vers la syphilis ou la tuberculose, sans écarter cependant de parti pris, chez un tuberculeux ou un syphilitique, l'existence possible de sporotrichose.

Chez un malade sans aucun antécédent douteux,

nous aurons une plus grande probabilité de sporotrichose, quoiqu'il faille songer aussi à une syphilis méconnue ou à un foyer tuberculeux insoupçonné.

Enfin, un état général parfaitement conservé, l'apparition simultanée de nodules hypodermiques, dermiques, lymphangitiques intra-musculaires, sans aucune adénopathie devront faire songer à la sporotrichose.

2° *Diagnostic des gommes sporotrichosiques avec les sarcoïdes de Darrier et Roussy.* — Une manifestation de la tuberculose décrite en 1904 par MM. Darrier et Roussy sous le nom de sarcoïdes sous-cutanées offre les mêmes caractères que la gomme sporotrichosique tout au moins à sa période de crudité. Ce sont les mêmes petites tumeurs sous-cutanées indolores, dures, multiples. Mais, cependant, ces sarcoïdes restent stationnaires et ne s'ulcèrent jamais. Par ce dernier signe très spécial, le diagnostic clinique se fait aisément ; la fonte des gommes tranche le diagnostic.

3° *Diagnostic de la lymphangite sporotrichosique gommeuse avec la lymphangite tuberculeuse de Bazin.* — L'affection décrite par Bazin sous le nom de lymphangite tuberculeuse gommeuse, présente avec la sporotrichose lymphangitique gommeuse de nombreux points communs. Dans l'une et l'autre, nous rencontrons tantôt des gommes échelonnées de l'extrémité d'un membre à sa racine, reliées par des cordons lymphatiques durs au toucher, tantôt

de simples gommès disposées sur le trajet des lymphatiques, mais nettement isolées les unes des autres.

Leur confusion est rendue d'autant plus facile, que ces lésions semblent avoir également une origine traumatique quelconque ; l'absence d'adénopathie fera suspecter la sporothricose, car la tuberculose retentit toujours sur les ganglions. Néanmoins, le diagnostic devra s'appuyer de préférence sur les caractères pathognomoniques des gommès que nous avons décrits précédemment.

4° *Diagnostic des grands abcès sporothricosiques avec les grands abcès froids.* — Les grands abcès sporothricosiques peuvent offrir les mêmes caractères que les grands abcès froids tuberculeux, mais l'état général parfaitement conservé, l'allure torpide et aphlegmasique des lésions, leur dissémination, et la rapidité de la guérison de ces vastes collections purulentes, permettront d'écarter l'origine tuberculeuse de l'affection.

5° *Diagnostic du Kerion sporothricosique avec la tuberculose verruqueuse.* — Le Kerion sporothricosique présente des caractères presque identiques à la forme verruqueuse de la tuberculose, aussi le diagnostic clinique est-il assez difficile.

Cette lésion sporothricosique, caractérisée par un placard saillant au dos de la main, en forme de macaron, à extension excentrique, présente des bords arrondis assez nettement limités, et une surface tomenteuse, mamelonnée. Elle est recouverte de croû-

telles et laisse à la pression un pus blanchâtre crémeux.

Les bords de la lésion tuberculeuse sont moins nettement limités, plus irréguliers, sinueux et comme serpigineux ; ils sont infiltrés, recouverts de pustules et d'abcès miliaires qui représentent la lésion en voie d'accroissement.

La surface de cette plaque tuberculeuse est hérissée de végétations, plus saillantes au centre, plus déprimées à la périphérie, épaisses et recouvertes de lamelles adhérentes d'épiderme corné, mais cette lésion tuberculeuse est surtout caractérisée « par la présence de fissures entre ces saillies, d'ulcérations linéaires ou de petits abcès miliaires, de petites pustules inter-papillaires, desquelles on peut faire sourdre du pus, en pressant en masse le placard verruqueux par sa base ». (Gaucher, Maladies de la peau.)

La présence de ces ulcérations miliaires et de ces pustules inter-papillaires permettra toujours d'affirmer la tuberculose.

Enfin, le diagnostic de sporothricose pourra être facilité par la constatation de nombreuses autres lésions sporothricosiques, comme dans le cas de MM. Gaucher et Fouquet, et affirmé par la culture ou la sporo-agglutination.

6° *Diagnostic des sporothricoses nodulaires dermiques ulcéreuses avec les syphilides ulcéro-tuberculeuses.* — Les manifestations dermiques de la sporothricose peuvent simuler certaines syphilides tertiaires

ulcéro-tuberculeuses, mais cependant leurs caractères différentiels sont apparents.

Les syphilides sont toujours régionales, plus désorganisatrices, elles affectent une disposition particulière, en bouquets, en colliers de perles, en cercles, alors que les sporothricoses ont une dissémination très irrégulière.

De plus, les syphilides sont des petites nodosités assez saillantes, rouges, jambonnées, convexes, globuleuses, tandis que les gommes sporothricosiques sont moins saillantes, plus étalées, « de couleur rose violacée » et entourées d'une large auréole de tissus infiltrés. Toutes deux sont indolores, aphlegmasiques, et ne déterminent pas de réaction générale ni de troubles de la santé. Elles évoluent l'une et l'autre, par la fonte de la gomme centrale, vers l'ulcération. La croûte de la syphilide arrive à couvrir la surface presque tout entière de l'élément, elle est épaisse, régulière, de couleur vert foncé, en patelle, en écailles d'huitres. L'ulcération sous-jacente est largement creusée, profonde, large, avec des bords adhérents taillés à pic, et à fond bourbillonneux. Dans la sporothricose, la croûte reste petite, centrale, grandit peu, ne s'étend pas à tout l'élément et jamais ne le déborde. Elle est moins épaisse, plus irrégulière, et est entourée d'une large zone infiltrée. L'ulcération petite, sous-jacente, ne s'ouvre que par un étroit pertuis aux bords boursoufflés, laissant voir un fond rosé et bourgeonnant.



CHAPITRE VII

Diagnostic clinique de la sporothricose de la muqueuse bucco-pharyngée avec certaines manifestations syphilitiques ou tuberculeuses.

Si nous résumons les caractères présentés par l'ulcère sporothricosique de la muqueuse bucco-pharyngée et décrits précédemment, nous pouvons dire que ses caractères objectifs et subjectifs sont assez nets : étendue et relief manifeste, avec absence de mutilations, d'adénopathies cervicales, et conservation de la conformation anatomique normale des parties ulcérées.

Ce processus pourrait être simulé par certaines manifestations syphilitiques ou tuberculeuses. Cependant le diagnostic clinique semble assez facile.

La tuberculose, et surtout la tuberculose dite aiguë du pharynx, n'évolue jamais avec cette allure torpide et aphlegmasique, elle érode toujours, effrite et creuse, détruisant avec une rapidité surprenante des zones plus ou moins étendues de la muqueuse et des plans sous-jacents.

Si l'ulcération vient à atteindre un repli, une saillie normale : amygdale, luette, bords d'un des piliers, on assiste à leur disparition par fonte des tissus qui laissent une véritable caverne.

La syphilis, de son côté, est autrement destructive. Les gommès ne sont jamais aussi disséminées, aussi généralisées à la totalité de la muqueuse, mais portent plus en profondeur leurs méfaits. Elles érodent davantage et produisent de véritables mutilations de l'amygdale, du voile du palais et du pharynx.

Quant aux plaques muqueuses, même les plus hypertrophiées ou les plus irritées, elles ne pourraient déterminer pareil bourgeonnement généralisé à toute la muqueuse.

CHAPITRE VIII

Diagnostic des lésions extra-tégumentaires avec certaines manifestations de la syphilis et de la tuberculose.

Si les gommes sporothricosiques tégumentaires ont été bien étudiées, le petit nombre d'observations des localisations extra-tégumentaires n'a pas permis de les identifier et d'en déterminer les caractères cliniques différentiels. Les gommes sporothricosiques, tuberculeuses ou syphilitiques, à localisation périostée ou osseuse, présentent même empâtement, même tuméfaction, même déformation de l'os hypertrophié, même fluctuation avec tendance au ramollissement et même douleur à la pression. Aussi, la plupart du temps le diagnostic ne peut-il être établi, que grâce aux commémoratifs, absence d'antécédents syphilitiques ou tuberculeux, présence de gommes sporothricosiques, dermiques ou hypodermiques, et n'est rendu certain que par des recherches de laboratoire.

Il serait téméraire de vouloir affirmer le diagnostic de sporothricose viscérale par les seules ressources de la clinique. L'état actuel de nos connaissances nous permet seulement de pressentir la possibilité de ces lésions.

CHAPITRE IX

Procédés de laboratoire propres à mettre en évidence l'agent de cette affection.

Cliniquement, le diagnostic de cette mycose peut être affirmé dans certains cas ; dans d'autres, il ne peut être considéré que comme probable et demande à être confirmé par les recherches de laboratoire.

Nous rapporterons brièvement les différents procédés qui permettent de déceler le parasite :

1° *Examen direct du pus.* — L'examen du pus d'un abcès sporothricosique étalé sur une lame, fixé et coloré, peut faire constater la présence des agents pathogènes. Habituellement ceux-ci sont très rares et ne se colorent que faiblement. Ce sont de petits éléments ovoïdes plus colorés aux extrémités qu'au centre, conformés en navettes (Lesné, Mormier, Vinard) ;

2° *Culture.* — Le sporothricum peut pousser sur tous les milieux, mais c'est sur la gélose maltosée de Sabouraud qu'il acquiert ses caractères différentiels les plus accusés.

Les tubesensemencés ne doivent pas être capuchonnés et sont laissés à la température ordinaire du

laboratoire. En moyenne sept jours après l'ensemencement, les colonies apparaissent sous forme de petites élevures arrondies, blanchâtres, qui ne tardent pas à noircir à leur centre. Elles s'étendent, se plissent, et leur teinte brune devient plus sombre ;

3^o *Hémoculture*. — M. Widal et A. Weill, ont décelé, par l'hémoculture, le parasite dans le sang. Mélangeant 20 centimètres cubes de sérum à 500 centimètres cubes de gélose glucosée, ils obtinrent des cultures pures du champignon ;

4^o *Sporo-agglutination*. — M. Widal et Abrami nous apprirent à faire en quelques instants le diagnostic de sporothricose par la sporo-agglutination. Une goutte de sérum à éprouver est mélangée à dix, vingt, trente gouttes d'une émulsion de spores du champignon vieilles de un mois ; si le malade est sporothricosique, après quelques instants, les spores s'immobilisent, puis s'agglutinent.

Soit par les procédés de laboratoire, soit par la clinique, nous devons pouvoir affirmer ce diagnostic et classer ainsi de nombreux cas douteux d'une manière certaine. Nous délivrerons le malade du soupçon de syphilis ou de tuberculose, qui peut lui interdire parfois le mariage ou même certains emplois, et lui occasionner toujours de nombreux soucis moraux que le nom seul de syphilis ou de tuberculose ne manque jamais de faire naître. De plus, la reconnaissance certaine de la maladie épargnera au malade des traitements aussi longs qu'inutiles et qui ne sont pas toujours sans dangers.

CHAPITRE X

Pronostic

La sporothricose est une maladie dont la gravité ne paraît pas extrême, cependant, la constatation des manifestations laryngées, osseuses et même peut-être viscérales ne permet pas de porter un pronostic trop bénin. Il faut penser aussi aux lenteurs de la guérison, à la possibilité des infections secondaires des ulcérations, et à l'association fréquente de syphilis ou tuberculose avec cette affection.

CHAPITRE XI

Le traitement iodo-ioduré a une action curative constante dans presque tous les cas de sporothricose. Les iodures de potassium, de sodium, de fer doivent être donnés à la dose de 3 à 4 grammes par jour, on augmente progressivement si le malade est tolérant.

L'association des iodures, leur mélange à des amers, l'antisepsie intestinale diminuent d'ordinaire les inconvénients de ces fortes doses. L'intolérance de certains sujets les force à de fréquentes interruptions, parfois même à la cessation du traitement ioduré mais alors la mycose reprend son activité ou récidive.

Dans les cas d'intolérance, M. Beurmann conseille les albumines iodées telles que l'iodomaïsine qui amène une rapide régression des lésions.

On peut encore faire des injections intra-musculaires de lipiodol. Le traitement local ne doit pas être négligé et devra être associé à cette médication interne, on fait des pansements humides avec une liqueur iodo-iodurée et on touche les ulcérations avec de la teinture d'iode.

Ce traitement amènera en moyenne la guérison des gommes non ulcérées en trente jours et des ulcé-

rations en deux à trois mois. Il devra être poursuivi après la chute des croûtes, la cicatrisation complète et même après la disparition de toute trace d'infiltration, sinon la récurrence est la règle.

A toute menace de récurrence le traitement doit être repris et prolongé avec rigueur.

OBSERVATION I (Résumée)

(Schenk. — *Ion Hopkins hospital medical
Bulletins*, 1898, p. 286.)

On refractory subcutaneous abscesses caused by fungus possibly related to the Sporothrica

Le malade, tuberculeux depuis douze ans, s'était déchiré l'index droit avec un clou, trois mois auparavant ; un petit abcès se forma au point blessé et donna à l'incision un liquide « aqueux » non puriforme. Trois semaines après, apparurent des ulcérations aux deuxième et troisième articulations métacarpo-phalangiennes ; en sept semaines, huit abcès semblables se formèrent ayant tous un même contenu. Ils étaient indolores et ne déterminaient pas de fièvre.

En novembre 1896, l'infection remonte au coude, la main et l'avant-bras sont parsemés d'abcès non ouverts ou ulcérés ; une ligne d'induration de 10 à 15 millimètres de diamètre suit le dos de la main et l'avant-bras, parsemée çà et là d'ulcérations. L'une d'elles incisée laisse échapper un liquide gélatineux puriforme qui, cultivé, donna le sporothricum Schenkii mêlé à du staphylocoque. Le ganglion épitrochléen

n'est pas engorgé, les axillaires sont palpables mais non spécialement gros.

L'affection offre une grande résistance au traitement chirurgical.

OBSERVATION II (Résumée)

(Hektoen et Perkins. — *A new pathogenic Fungus. Journal of experimental Medicine*, 1900, p. 77.)

Refractory subcutaneous abscesses caused by Sporothrix Schenkii

Ce cas semble calqué sur le cas de Schenk, même série d'abcès sous-cutanés multiples après blessure du doigt par coup de marteau, même ulcération large au point d'inoculation, même systématisation à la main, à l'avant-bras, le long des lymphatiques ; les abcès ont été particulièrement nombreux. On isola en culture pure le sporothricum Schenkii. Les ganglions axillaires sont tuméfiés sans suppuration.

OBSERVATION III (Résumée)

(Brayton. — *Chronic abscesses*, 1899, t. XVIII, p. 272.
Indianapolis medical Journal.)

Le malade, un jeune fleuriste, s'était piqué au doigt avec un fil de fer pendant qu'il faisait un bouquet. Il survint par la suite une série d'abcès chroniques à contenu gélatineux. Ces abcès s'étendaient du doigt au coude laissant après eux beaucoup de tissu cicatriciel.

OBSERVATION IV (Résumée)

(De Beurmann et Ramond. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1903, p. 678.)

Abcès sous-cutanés multiples d'origine mycosique

Le malade, âgé de trente-sept ans, marchand de vins, est sujet à des attaques de goutte. Il entre à l'hôpital Saint-Louis le 19 mars 1903, s'étant aperçu qu'il avait depuis un mois sous la peau de petites tumeurs très nombreuses (33), disséminées un peu partout, arrondies, rénitentes, roulant sous la peau, indolores, peu adhérentes aux tissus superficiels ou profonds. On pense à un cas de ladrerie humaine. La santé générale reste bonne.

Une tumeur de l'avant-bras est enlevée ; adhérente à l'aponévrose profonde elle se déchire, du pus grumeleux, mal lié blanchâtre et presque caséeux, sans odeur, fit irruption dans la plaie. Six jours après, la réunion par première intention semblait assurée, pourtant déjà la cicatrice paraissait irrégulière, bosselée. Cet état finit par s'accroître, un mois après, il y avait récidives multiples, chacun des quatre points de suture était marqué par un petit nodule saillant, hypodermique.

La ponction des quatre tumeurs donne les résultats suivants : le pus ne révèle aucun microbe, l'ensemencement sur gélose glucosée donne des cultures, pures d'emblée, d'un champignon particulier. Le développement est rapide, et à la température du laboratoire, les colonies arrondies, blan-

châtres, à bords surélevés, à centre déprimé nettement-ombiliquées, sont plissées, irrégulières, sèches, à bords nets ; au bout d'une semaine environ, elles se foncent et deviennent presque noires. Le réensemencement donne ceci de particulier que les cultures se développent plus rapidement. En vieillissant elles présentent ce caractère constant de changer de couleur, passant du blanc au café au lait et au noir. Elles présentent aussi un aspect poudreux.

Le parasite inoculé au cobaye n'a pas semblé pathogène. Au microscope le champignon est représenté par un mycélium flexueux à côté duquel on voit par place des spores isolées ou réunies en amas.

La paroi des abcès au point de vue histologique révèle des cellules géantes typiques, d'abondants leucocytes mononucléaires qui infiltrent le tissu conjonctif très épaissi. Pas de parasite dans la membrane.

Le traitement ioduré 2, 3, 4, 6 grammes commencé le 30 avril amène en un mois la presque complète disparition des tumeurs.

Le malade a guéri.

OBSERVATION V

(Dor. — *Presse médicale* 1906, p. 234.)

Abcès sous-cutanés multiples

La malade, âgée de cinquante-huit ans, fut soignée du 24 août au 12 décembre 1905 dans le service de M. le professeur Poncet à Lyon. Ayant toujours joui d'une bonne santé, elle a eu quatorze enfants tous vivants et en a nourri dix-huit.

Elle avala une épingle d'acier dont l'extraction produisit des déchirures de la muqueuse du pharynx. Vingt jours après cet accident, apparurent des abcès à la nuque et derrière l'oreille qui guérèrent rapidement. Mais il se forma un troisième abcès à la fesse et c'est pour cet abcès que la malade entre à l'hôpital.

Le jour de son entrée on constate une tuméfaction profonde sous-musculaire douloureuse à la pression et siégeant au centre de la fesse.

Il n'y a pas de fluctuation, pas de modification de la peau. La température est de 38°5.

On fait le diagnostic d'abcès profond et on incise profondément la fesse. On trouve une collection volumineuse de pus, d'aspect graisseux, de couleur blanchâtre, semblable à de la graisse liquéfiée. Six jours après la guérison est complète.

Peu après, nouvelles apparitions de tumeurs à l'aisselle au bras, à l'aîne gauche, à la fesse droite, qui toutes guérissent rapidement.

Au mois d'octobre apparaît enfin une mastite qui s'ouvre spontanément en deux points donnant lieu à des fistules interminales. On se décide à enlever le sein suppuré.

Guérison.

En résumé on compte 23 abcès en l'espace de trois mois tous à guérison rapide et à gros volume.

OBSERVATION VI (Résumée)

(De Beurmann et Gougerot. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1906, p. 864.)

Nodosités non ramollies disséminées, peu nombreuses

Le malade âgé de quarante-deux ans entre à Saint-Louis pour nodosités sous-cutanées multiples.

Il n'a eu qu'une coqueluche dans l'enfance mais il toussotte depuis déjà longtemps et présente deux sommets suspects de germination tuberculeuse.

Le malade s'aperçut de l'apparition de ces tumeurs accidentellement et peut montrer 10 de ces nodosités disséminées aux jambes droite et gauche, au thorax, au bras droit, à la région sus-hyoïdienne. Toutes sont profondes, à peine visibles, indolores et sans adhérences à la peau qui les recouvre.

Le diagnostic hésite entre la syphilis et la sarcoïde de Darrier-Roussy, on ne pense à la sporothricose que pour douter de rencontrer une seconde observation de cette maladie due au sporothricum Beurmani. On fait la culture de contrôle et elle révèle le sporothricum.

Les nodules ne se sont pas ulcérés, le diagnostic ayant été fait assez tôt pour appliquer le traitement ioduré.

OBSERVATION VII (Résumée)

(De Beurmann et Gougerot. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1906, p. 847.)

*Gommes nombreuses, ramollies
et abcédées dont deux ouvertes, ulcérées*

Le malade, âgé de soixante-deux ans, entre à l'hôpital Saint-Louis pour des gommes ou abcès sous-cutanés multiples. En l'espace de deux mois se sont succédés plusieurs petits abcès chroniques disséminés un peu partout. Ils sont petits, ne dépassent pas le volume d'une noix et sont indolores, ils ne retentissent pas sur l'état général. Ils siègent à la jambe droite, à la jambe gauche, à la plante du pied, à la région fronto-pariétale. Un de ces abcès fut incisé et présente des lèvres non décollées, qui ne sont même pas rouges, et un fond non bourgeonnant, inerte, qui laisse suinter une sérosité gommeuse non louche. Un autre non ouvert est nettement fluctuant, mollasse, d'un aspect semblable à celui d'une gomme syphilitique. L'apparition d'un nouveau petit abcès au bras gauche, nous fait opposer au diagnostic de gommes syphilitiques le diagnostic de sporothricose. Le nodule du bras est alors ponctionné et donne 30 centimètres cubes de séro-pus mal lié non purulent qui cultivé donne des cultures pures de *sporothricum Beurmani*.

OBSERVATION VIII (Résumée)

(Nattan-Larrier et Lœper. — *Les Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu.*)

Apparition sans causes appréciables en deux poussées successives de petits abcès indolents sur la paroi thoraco-abdominale et sur les bras. Les uns sont dermiques, d'autres hypodermiques, d'autres profonds :

L'examen dénote une polynucléose marquée.

Le parasite était indéterminé. De Beurmann et Gougerot ont pu l'identifier au *sporothricum Beurmani*.

OBSERVATION IX (Résumée)

(De Beurmann et Gougerot. — *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Séance du 7 mars 1907, p. 84.)

Petites tumeurs mobiles sous la peau et indolores disséminées. Ulcérations spontanées, laissant écouler un liquide louche, filant, jaunâtre et sanguinolent. *Sporothricum Beurmani*.

OBSERVATION X (Résumée)

(MM. Lesné, Mormier, Vinard. — *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 15 mars 1907, p. 268.)

Abcès sous cutanés, chroniques et multiples dus à un champignon filamenteux. — Sporothricose sous-cutanée.

Le malade, âgé de trente-neuf ans, bien portant, n'a eu

qu'une fièvre typhoïde à l'âge de sept ans. Son père est mort d'une pneumonie, sa mère vit encore.

Il vit se développer dans la paroi antérieure abdominale au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure une petite nodosité dure, indolente, mobile, qui incisée et traitée par des pansements humides ne parvint pas à se cicatriser.

Entré dans le service de M. le professeur Reclus, il porte bientôt de nouvelles tumeurs, également dures, mobiles, indolores, développées à la face antéro-externe de l'avant-bras droit, dans la région deltoïdienne droite, puis à la face dorsale du pied. On ne constate aucune adénopathie des ganglions des territoires où siègent ces tumeurs et l'état général est parfaitement conservé.

Le pus de cet abcès est recueilli et donne après encemement des cultures de *sporothricum*.

Un mois de traitement par l'iodure de potassium amène une notable amélioration et la cicatrisation de ces abcès ulcérés.

Ayant cessé cette médication, il voit bientôt se reformer un nouvel abcès à l'aisselle droite, dont le pusensemencé donne toujours le même champignon. M. Schwartz enlève cet abcès qui se cicatrise en six jours et la guérison complète du malade est assurée après traitement par l'iodure de potassium pendant un certain temps.

OBSERVATION XI (Résumée)

(MM. de Beurmann et Gougerot. — *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1907, p. 309.)

Le malade est un jeune homme de vingt-six ans, indemne

de syphilis et de tuberculose. Il présente plusieurs nodosités sous-cutanées apparues sans causes appréciables qui s'ulcèrent et qui prennent l'aspect de lésions ecthymatiformes.

Une petite nodosité apparaît au dos de la main à la suite d'une contusion sans éraillure épidermique.

Le malade est revu plus tard, il présente de la lymphangite gommeuse ascendante née de la gomme de la main.

Autour d'une gomme ulcérée qui se cicatrise, auto inoculation de la peau donnant une variété de forme dermo-épidermique (papulo-pustules péri-pilaires de 3 à 5 millimètres de diamètre).

OBSERVATION XII (Résumée)

(MM. Gaucher et Monnier-Vinard. — Société médicale des Hôpitaux de Paris, 26 avril 1907. *Bulletin*, p. 353.)

Le malade voit se développer successivement une série de nodosités sous-cutanées indolentes, dures, qui ne sont découvertes qu'accidentellement, et qui deviennent progressivement fluctuantes et laissent évacuer un pus jaunâtre et consistant.

Deux petites lésions dermiques forment une petite plaque rouge au milieu du front.

L'état général est bon, et on ne relève aucune adénopathie des ganglions correspondants.

M. Gaucher porte le diagnostic de sporothricose, et la constatation de colonies de *sporothricum* après ensemencement du pus sur les milieux de Sabouraud apporte la confirmation du diagnostic.

OBSERVATION XIII (Résumée)

(MM. Gaucher et Monnier-Vinard. — Société médicale des Hôpitaux de Paris, 26 avril 1907. *Bulletin*, p. 357.)

Le malade avait constaté des nodosités, recouvertes par la peau absolument saine et en assez grand nombre, 4 sur la face intérieure de la jambe gauche, puis sur le jarret, sur la face antérieure et externe de la cuisse gauche, 3 au mollet droit, 5 à la partie supéro-externe de la cuisse droite.

Le malade de plus présentait une orchite tuberculeuse et tous les signes d'une tuberculose pulmonaire.

On porte le diagnostic de gommes tuberculeuses, diagnostic qui paraît pleinement justifié par l'état de ses poumons et de ses organes génitaux. Cependant l'inoculation du pus d'une de ces gommes au cobaye ne donne aucun résultat. On incrimine alors la syphilis, mais sans plus de raison, car le traitement reste inactif.

Après admission du malade dans le service de M. le professeur Gaucher, on ensemence quelques tubes avec la sérosité d'une gomme et on remarque quelques jours après de belles colonies de sporothricum.

Le malade présentait alors 12 gommes au membre inférieur gauche, 16 au membre inférieur droit, et un grand nombre aux membres supérieurs et à la face. Ces gommes ont pris naissance dans l'hypoderme ; quelques-unes sont encore à l'état de crudité, dures, indolores, mobiles, les autres se sont ulcérées et laissent sourdre par un orifice irrégulier une sérosité jaunâtre.

Aux plis du coude 6 à 8 abcès de chaque côté se sont régulièrement disposés parallèlement à l'axe du membre, à faible distance les uns des autres, réunis entre eux par un cordon noueux lymphangitique.

Le malade présentait en outre des formes dermiques et des formes épidermiques, que M. Monnier-Vinard individualisa.

Du plus on trouva du sporothricum dans les crachats.

OBSERVATION XIV (Résumée)

(MM. Rubens. Duval et Fage. — Société médicale des Hôpitaux de Paris. Séance du 3 mai 1907.)

Les gommes dont était atteint le malade présentaient ceci de particulier qu'elles évoluaient vers l'ulcération spontanée.

OBSERVATION XV (Résumée)

(Laubry et Esmein. — Société Médicale des Hôpitaux de Paris 1907. *Bulletin*, p. 386.)

Sporothricose cutanée et sous-cutanée

Le malade âgé de soixante deux ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine en décembre 1906. On porte alors le diagnostic de cirrhose alcoolique compliquée de myocardite avec crises tachycardites de même origine.

En outre il présentait sur la face antérieure de l'avant-bras trois ou quatre petites nodosités sous-cutanées assez discrètes.

L'une d'elles, aux bords entourés d'une large zone inflammatoire et au fond vaguement bourbillonneux est prise pour un furoncle et les autres productions sous-cutanées voisines pour des pyodermites, dont le développement est facilité par le terrain.

Mais successivement naissent d'autres abcès, à l'insu même du malade, qui n'en est averti par aucune douleur ; en mars 1907 on peut en compter une trentaine à différents stades de leur développement et on peut discerner les lésions suivantes :

1° Nodules gommeux, déformant à peine la peau, de la grosseur d'une noisette, mobiles, durs, indolores ;

2° Des abcès fluctuants s'étalant sur des régions plus ou moins vastes ;

3° Des ulcérations à bords irréguliers décollés, les unes fistuleuses conduisant dans une cavité plus ou moins volumineuse ;

4° Des lésions ecthymatiformes peu saillantes avec croûtes centrales, à bords irréguliers limités par une peau violacée se confondant insensiblement avec les tissus sains du voisinage ;

5° Des cicatrices lisses, pigmentées.

Le diagnostic de sporothricose est confirmé par la présence des colonies du champignon, après ensemencement.

OBSERVATION XVI (Résumée)

(MM. de Beurmann et Gougerot. — Société médicale
des Hôpitaux de Paris. Séance du 7 juin 1907.)

*Sporothricose à localisations sous-cutanées, cutanées
et muqueuses*

Cette observation est surtout intéressante par la localisation de sporothricum à la muqueuse bucco-pharyngée.

Le malade était atteint depuis son enfance de fréquentes angines, et même l'ablation des amygdales ne le délivre pas entièrement de ses maux de gorge.

La maladie débute par un peu d'enrouement, et une gêne fonctionnelle assez grande pour déglutir et mastiquer les aliments.

Les amygdales sont rouges et enflammées, et une petite ulcération arrondie, grisâtre, recouverte d'un enduit pultacé, « ressemblant à du papier mâché » se montre sur le pilier antérieur droit.

L'examen direct de la sérosité de cette ulcération montre les sporothrica en si grand nombre qu'il est impossible de mettre en doute la nature sporothricosique de cette plaie.

La culture après ensemencement donne de nombreuses colonies.

De longs mois après la guérison de cette ulcération, on peut déceler dans la cavité du pharynx l'existence de sporothrica.

On remarque aussi sur les téguments du malade un certain nombre de gommes sous-cutanées et cutanées.

Les auteurs tirent de leur observation les conclusions suivantes :

- 1° Sporothricose à localisation muqueuse ;
- 2° Saprophytisme du sporothricum pendant un temps assez long sur les replis de la muqueuse bucco-pharyngée.

OBSERVATION XVII (Résumée)

(MM. de Beurmann et Gougerot. — Société médicale des Hôpitaux de Paris. Séance du 7 juin 1907. *Bulletin*, p. 592.)

Cette observation nous montre chez un ancien syphilitique l'association de la sporothricose et d'une tuberculose à localisations multiples cutanées et ganglionnaires, terminée par une granulie rapidement mortelle à prédominance méningée.

Ce malade présentait 3, lésions, 1 abcès froid sous-angulo-maxillaire tuberculeux, 1 gomme de la cuisse droite sporothricosique, 1 placard de tuberculose verruqueuse à la face postero-externé de la jambe droite.

OBSERVATION XVIII (Résumée)

(MM. de Beurmann et Gougerot. — Société médicale des Hôpitaux de Paris 1907. *Bulletin*, p. 596.)

Chancre sporothricosique frontal, et sporothricose lymphangitique.

Cette observation est intéressante, par l'évidence de la

porte d'entrée du sporothricum, qui détermine au point d'inoculation un véritable chancre sporothricosique avec lymphangite gommeuse centripète.

La maladie débute au front par infection d'une plaie accidentelle, et présente une ulcération vaste, irrégulière, limitée par des bords épaissis, mais non saillants. Cette lésion est un vaste placard papillomateux, le centre est excavé, humide, suintant, en partie ulcéré ; les bords boursoufflés sont verruqueux, squameux. A droite et à gauche de cette lésion, partent deux traînées de gommes dures ou abcédées, échelonnées de la racine du nez au tragus.

On relève un second placard verruqueux analogue au premier au-dessous de l'oreille droite et deux petites lésions dermo-épidermiques récentes, inoculées sans doute par grattage.

OBSERVATION XIX (Résumée)

(MM. de Beurmann et Gougerot. — Société médicale des Hôpitaux, 26 juillet 1907. *Bulletin*, p. 950.)

Sporothricose localisée du bras. — Lymphangite gommeuse ascendante.

Les lésions sont localisées au bras droit, on compte trois gommes fistulisées échelonnées de bas en haut, le long d'un gros tronc lymphatique.

La porte d'entrée du parasite aurait été au poignet, à la suite d'une écorchure.

Le cordon lymphangitique commence sur le bord interne

de l'avant-bras, contourne sa face antérieure, remonte vers le coude et se termine à la face postérieure du bras au niveau de l'épicondyle. Sur ce trajet, on remarque deux abcès fistulisés, tandis qu'un troisième siège à quelques centimètres au-dessus de la terminaison de cette trainée lymphangitique.

La sporothricose reste localisée à un segment de membre.

OBSERVATION XX

(MM. Demoulin et Rubeus-Duval. — *Gazette des Hôpitaux*
13 août 1907, n° 92.)

La malade était atteinte d'un gonflement de l'avant-bras droit survenu sans cause appréciable et de petites nodosités siégeant sur le bras et l'avant-bras droit qui étaient apparues postérieurement.

Le type clinique réalisé ici était comparable aux observations américaines de Schenk, Brayton, etc.

La guérison fut complète par l'iodure de potassium.

OBSERVATION XXI

(MM. Ravaut et Civatte. — Congrès français de Médecine
à Paris, octobre 1907.)

La malade présentait des ulcérations et une gomme ayant tous les caractères de manifestations tuberculeuses. Les ulcérations se cicatrisèrent sous l'influence de l'iodure. Une phlébite survint sans cause appréciable.

Peut-être s'agit-il d'une manifestation de même nature?

OBSERVATION XXII (Résumée)

(MM. Brissaud et Rathery. — Congrès français
de Médecine à Paris, octobre 1907.)

C'est le premier cas de sporothricose intra-musculaire.
L'affection a évolué en quatre poussées caractérisées par des
phénomènes généraux. Les gommes s'ulcèrent.

OBSERVATION XXIII (Résumée)

(MM. Dominici et Rubens-Duval. — Société médicale des
Hôpitaux de Paris. Séance du 25 octobre 1907. *Bulletins*,
p. 1050.)

La malade s'est inoculée le sporothricum par une coupure
à l'index. Au niveau de la cicatrice apparaît, plusieurs jours
après, un véritable chancre, bientôt accompagné de nodosi-
tés à la face dorsale de la main, à l'avant-bras, au pli du
coude, à la face interne du bras. Ces gommes suivent à peu
près le trajet des lymphatiques du membre supérieur, mais
ne provoquent aucune adénopathie des ganglions de ce terri-
toire. Forme lymphangitique gommeuse.

OBSERVATION XXIV (Résumée)

(Brodier et Gastou. — Société médicale des Hôpitaux
de Paris. Séance du 25 octobre 1907.)

(Complétée par MM. Maurice Letulle et Debré.)

Cette observation est le second cas de localisation du
sporothricum à la muqueuse bucco-pharyngée.

La malade, marchandé de salades, était souvent atteinte de bronchites, mais ne présentait aucun symptôme de tuberculose.

La maladie débuta par l'apparition d'une petite nodosité siégeant à l'avant-bras droit, qui s'est ouverte quinze jours après. D'autres gommes succédèrent bientôt à cette première et peuvent être relevées au nombre de 8 au membre supérieur droit, 4 au membre supérieur gauche, 3 au membre inférieur gauche, enfin 4 sur le thorax ; mais elles ne sont accompagnées d'aucune adénopathie.

La malade se plaint alors d'une dysphagie très douloureuse, et d'une grande gêne respiratoire. La voix est éraillée, presque éteinte. Ces troubles sont expliqués par les lésions anatomiques ; la bouche, le larynx, la partie supérieure de la trachée, le voile du palais, la loge amygdalienne sont couverts d'ulcérations confluentes très caractéristiques par leur aspect sale, non membraniforme, ressemblant à du papier mâché. La plaie présente un relief manifeste au lieu d'avoir corrodé les muqueuses : Ces régions ont conservé leur conformation générale et leurs proportions réciproques, sans rien avoir perdu de leur forme et de leur souplesse.

La malade présente une cachexie profonde.

Les études de laboratoire montrent formellement l'origine sporothricosique de ces lésions. Sous l'influence d'injections d'huile iodée, les lésions du pharynx prennent un meilleur aspect, mais l'état général devient de plus en plus mauvais, la malade ne pouvant prendre aucune nourriture.

Elle meurt subitement à la suite d'une syncope provoquée par une mauvaise nouvelle qu'un de ses parents lui apprend.

OBSERVATION XXV (Résumée)

(MM. Danlos et Blanc. — Société médicale des Hôpitaux de Paris. Séance du 13 décembre 1907. *Bulletin*, p. 1450.)

Un cas de sporothricose palpébrale

Ces auteurs publient l'observation d'un malade portant une petite tumeur sur la paupière inférieure gauche. Cette tumeur suppure par quatre fistules. On note encore sur la face dorsale du poignet droit une tuméfaction de nature indéterminée.

OBSERVATION XXVI (Résumée)

(MM. Massary, Doury, Monnier-Vinard. Société médicale des Hôpitaux de Paris. Séance du 13 décembre 1907. *Bulletin*, p. 1455.)

Le malade, âgé de quarante-neuf ans, jouit d'une excellente santé et n'accuse aucun antécédent tuberculeux ou syphilitique.

Il présente quatre ordres de lésions :

- 1° Gomme intra-musculaire du triceps ;
- 2° Une tumeur à la face antérieure du poignet droit en voie de ramollissement et accompagnée de lymphangite ;
- 3° Une tuméfaction douloureuse du cou-de-pied ;
- 4° Signes de tuberculose pulmonaire au sommet droit.

La gomme intra-musculaire et la nodosité sous-cutanée du poignet sont causées par le sporothricum, quant aux autres lésions osseuses et pulmonaires, elles sont peut-être dues au sporothricum, mais peut-être aussi au bacille de la tuberculose.

OBSERVATION XXVI (Résumée)

(Fage. — *Progrès médical*, 23 mai 1908.)

(*Cas de sporothricose nodulaire hypodermique observé dans le service de M. Brocq, Hôpital Saint-Louis.*)

La malade, âgée de soixante-trois ans, sans aucun antécédent syphilitique ou tuberculeux, a toujours joui d'une excellente santé mais fut atteinte, il y a cinq ans, d'une maladie des os (?), sur laquelle il est impossible d'avoir le moindre détail. Depuis quelque temps, elle s'aperçut successivement de l'existence de petites nodosités à la face postérieure de l'avant-bras gauche et au niveau de la cheville droite, puis à la face postérieure et antérieure du bras droit, sur la face interne des cuisses, au genou gauche et aux fesses. La plupart de ces nodules présentent les caractères des gommes sporothricosiques hypodermiques nodulaires, cependant la lésion de la malléole et de la face postérieure du bras donnent l'impression de véritables abcès chauds. Elles sont douloureuses à la palpation et lors de la marche, et recouvertes de téguments rouges vifs très enflammés, amincis, luisants, chauds et secs.

Toutes ces gommes évoluent avec une grande rapidité en quelques jours vers la suppuration. De plus, même après des semaines de traitement ioduré intensif, apparaissent de nouvelles tumeurs.

Les cultures du pus donnent du sporothricum.

L'observation reste incomplète, la malade ayant quitté l'hôpital.

OBSERVATION XXVII (Résumée)

(Fage. — Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1908.

Bulletin, p. 879. Séance du 5 juin 1908.)

Gomme sporothricosique périostée avec périostose du tibia

Le malade ne présente aucune manifestation syphilitique ou tuberculeuse.

Après une contusion à la face interne du tibia gauche, il sent se développer à cet endroit une tuméfaction, qui est légèrement saillante, recouverte par des téguments roses, rouges, amincis. La palpation légère n'est pas douloureuse ; la pression profonde, au contraire, révèle une douleur sourde qui ne s'irradie pas.

La tumeur adhère au plus profond de l'os hypertrophié, elle devient fluctuante en son centre.

Le traitement ioduré fait disparaître petit à petit cette nodosité, dont le diagnostic a pu être affirmé par l'obtention de colonies de sporothricum, après ensemencement du pus retiré par ponction.

OBSERVATION XXVIII (Résumée)

(MM. Hudelo et Monnier-Vinard. Société médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 12 juin 1908.)

*Localisation hypodermique, intra-musculaire et
probablement synoviale*

Le malade, âgé de trente-huit ans, fut soigné pendant quelque temps dans un sanatorium après une hémoptysie ; à son

entrée à l'hôpital il ne présente aucun trouble de l'appareil respiratoire et sa santé générale est redevenue très bonne.

Pas de syphilis dans les antécédents.

Le malade avait remarqué, par hasard, cinq petites tumeurs, une située dans l'épaisseur du biceps, les autres hypodermiques dans les régions lombaire, thoracique, abdominale. Elles sont fermes, indolores et n'ont amené aucune adénopathie des ganglions correspondants.

Le diagnostic clinique de sporothricose est fait et confirmé par constatation de colonies de sporothricum après ensemencement du pus sur gélose glucosée.

De nouvelles gommes apparaissent à la face externe de la cuisse et au niveau du bord interne du pied droit, avec empâtement profond pour cette dernière et bientôt fluctuation.

Les auteurs pensent que les lésions sporothricosiques localisées au pied sont nées profondément dans les gaines synoviales de la région.

L'échec de la cure par la teinture d'iode et l'intolérance du malade à l'iodure de potassium nous obligent à le traiter par des injections intra-musculaires de lipiodol combinées à des injections, dans les cavités gommeuses de liqueur de Gram ou de Lugol.

OBSERVATION XXIX (Résumée)

(Sicard, Bith et Gougerot. — Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1908, p. 877)

Sporothricose osseuse du tibia

Le malade, âgé de quarante-cinq ans, vient à la consulta-

tion de l'Hôtel-Dieu et se plaint de nodosités multiples apparues depuis cinq semaines.

Il nie toute syphilis et ne présente aucun signe de tuberculose.

Nombreuses gommes disséminées sur les diverses parties du corps, les unes encore à la période de crudité, les autres ramollies.

Mais l'intérêt de cette observation est la localisation mycosique sur le tibia. Cette lésion apparut après les premières gommes cutanées sur la face interne du tibia droit, la peau est le siège d'un empâtement et d'une rougeur diffuse. A la palpation le doigt sent une tuméfaction dure, très mal limitée, s'étendant en haut et en bas sur la face interne de l'os ; à la partie moyenne l'infiltration est plus irrégulière ; on perçoit un point fluctuant. La lésion périostée est douloureuse à la palpation.

Les cultures du pus, retiré des lésions osseuses, sur gélose glucosée, donnèrent des colonies de *sporothricum* Beurmani.

OBSERVATION XXX (Résumée)

(MM. Vidal et A. Weill. — Société médicale des Hôpitaux de Paris. Séance du 19 juin 1908. *Bulletins*, p. 905.)

*Sporothricose disséminée, gommes hypodermiques,
intra-musculaire et sous-périostée tibiale*

Le malade est atteint de gommes sporothricosiques disséminées sur toute la face des téguments. Les nodosités évoluent en quelques jours vers la surface de la peau et se ra-

mollissent en laissant échapper un pus gommeux. Il n'est pas de régions du corps où on ne trouve de ces éléments. La plupart sont intra dermiques et semblent occuper la face profonde de la peau, d'autres sont plus profonds et semblent siéger dans les muscles ; quadriceps crural.

On note aussi une gomme périostée développée sur la face interne du tibia gauche, indolente, tendant au ramollissement.

Les auteurs ont pu, par l'hémoculture, isoler dans le sang le parasite.

OBSERVATION XXXI

(Sicard et Descomps. — Société médicale des Hôpitaux de Paris. 1908. *Bulletins*, p. 1021)

Sporothricose à type gommeux symétrique

Cette observation est intéressante par la parfaite symétrie des gommes sporothricosiques. Au niveau des bras, des avant-bras, des cuisses, des jambes et de l'abdomen la répartition des nodules gommeux était si régulièrement et si symétriquement bilatérale que le diagnostic de neuro-fibromatose de Recklinghausen avait été porté. Cette topographie curieuse n'obéissait pas à une localisation ganglionnaire.

Confirmation du diagnostic de sporothricose par sporo-agglutination.

OBSERVATION XXXII (Résumée)

(Brodier et Fage. — Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1908. Séance du 5 juillet 1908.)

Sporothricose disséminée nodulaire à forme fébrile

Cette observation est intéressante par la constatation de phénomènes généraux qui ont accompagné les poussées successives des gommes. La malade accusait une fièvre assez intense 38°5 à 39 degrés, des maux de tête violents, des frissons répétés, une perte de l'appétit presque complète et un grand amaigrissement. Ce mauvais état général, que ne pouvait expliquer aucun trouble viscéral, dura pendant toute la période d'évolution des gommes, et ne prit fin qu'avec l'amélioration des lésions cutanées.

OBSERVATION XXXIII (Inédite)

(Correspondant à la fiche 10981 de la Clinique dermatologique de M. le professeur Gaucher à Saint-Louis.)

M. C. . . , âgé de cinquante et un an, commerçant, s'occupant de la vente des caoutchoucs, vient consulter à la polyclinique de M. le professeur Gaucher le 28 janvier 1908.

On ne relève rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Marié depuis dix-neuf ans et père d'une fille bien portante, il a toujours joui d'une excellente santé, et n'a souffert que de quelques crises de constipation. Il nie toute syphilis, et ne présente aucun signe de tuberculose.

Cependant les examens répétés de ses urines révèlent, depuis une année, la présence de sucre en quantité notable, 20 grammes en janvier 1908, mais pas trace d'albumine.

Depuis un mois, il fut frappé par l'apparition successive d'un certain nombre de petites tumeurs sur les diverses parties des téguments. Ces nodosités, assez petites, siègent dans le tissu sous-cutané ; elles sont dures, légèrement saillantes sous la peau, et disséminées au tronc, aux membres, à la face. Les unes s'ouvrent spontanément ; les autres se résorbent sans aucune tendance à s'ulcérer. Elles évoluent sans douleur, et ne déterminent aucun engorgement des ganglions lymphatiques des territoires où elles siègent.

A la partie moyenne du front, presque à la racine des cheveux, on relève quelques petits éléments papuleux, groupés en demi-cercle, simulant une éruption de syphilides par leur colonisation et leur dissémination.

Au niveau du sein gauche, on aperçoit de semblables éléments avec même dissémination en cercle et même aspect papuleux.

Au visage, on compte 15 petites tumeurs, dont les plus grosses siègent au niveau du cou et ont la grosseur d'un pois ; au membre supérieur droit, on trouve 7 petites nodosités, dont les plus volumineuses, de la grosseur d'une noisette, sont situées au poignet, puis 9 au membre supérieur gauche, 10 à la face antérieure de la poitrine, et 23 sur le dos.

Les membres inférieurs ne sont pas indemnes et présentent treize petites gommes à la jambe droite, neuf à la jambe gauche.

Ces gommès sont donc excessivement nombreuses aux téguments, mais n'affectent pas les muqueuses.

Le diagnostic est hésitant entre gommès syphilitiques et gommès sporothricosiques.

Du pus retiré d'une gomme est ensemencé sur gélose glucosée.

30 janvier. — Le malade est revu et mis au traitement ioduré ; il prendra 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

6 février. — Une légère amélioration semble se produire, les gommès non ulcérées semblent se résorber et diminuer de volume, tandis que les ulcérations tendent à se cicatriser.

13 février. — L'amélioration continue sous l'influence du traitement, les placards frontaux se sont affaiblis, ne présentent plus leur couleur rouge vif mais ont pâli, les tumeurs du tronc et des membres non ulcérées continuent à régresser, et les abcès ramollis se sont couverts de croûtes ; plusieurs même ont guéri complètement ne laissant qu'une petite cicatrice pigmentée, à peine visible.

20 février. — Les placards du front deviennent de moins en moins nombreux mais n'ont pas entièrement disparu ; au-dessus du nez, il persiste encore de rares éléments papuleux, disséminés, rosés.

Les cultures, arrivées à un complet développement, montrent de nombreuses colonies de *sporothricum Beurmani*.

19 mars. — L'analyse des urines donne 3 gr. 9 par litre, et le malade urine 5 litres par jour. Il n'a pas un appétit exagéré ni une très grande soif et ne boit que six verres d'eau par jour. Son régime est peu sévère, il se contente d'éviter les sucres et les farineux et mange même du pain.

Il ne reste plus actuellement que quelques gommès, pres-

que entièrement résorbées, très petites, dures, aplaties, adhérentes aux téguments et que quelques éléments papuleux lenticulaires, légèrement saillants sous la peau, indolores et entourés de petites vésicules groupées, rouges, punctiformes.

9 avril. — Seuls quelques éléments maculeux groupés au front ont résisté au traitement ioduré; mais l'apparition d'acné iodique fait suspendre cette médication pendant quinze jours.

30 avril. — Pendant cette période de repos le malade s'aperçoit d'une nouvelle poussée de gommès; quelques-unes même apparaissent aux points où les précédentes avaient évolué, notamment au cou, aux deux bras, au pied droit.

Ce dernier est fortement œdématié et douloureux; la marche est très pénible, et le malade est obligé de garder le lit pendant trois semaines.

Le traitement ioduré est de nouveau recommencé.

23 mai. — Cette gomme du pied se ramollit et présente une ulcération à bords indurés, surélevés, aux contours polycycliques, au fond rosé, assez semblable à une syphilide tertiaire.

Sur la main gauche, au niveau du premier métacarpien, existe aussi un nouvel élément papuleux, large d'un centimètre, de couleur rouge, à base indurée. Par pression, cette ulcération laisse sourdre quelques gouttelettes d'un pus jaunâtre, crémeux, très épais. Elle évolue sans douleur et sans retentissement sur les ganglions voisins.

4 juin. — Par le traitement et les pansements iodurés, ces lésions s'améliorent assez rapidement et paraissent complètement cicatrisées le 20 juillet.

L'analyse des urines décèle 20 grammes de sucre pendant les vingt-quatre heures.

3 septembre. — Le malade revient consulter le 3 septembre et présente une nouvelle ulcération à la main gauche, à la place même où évolua une gomme précédemment. Cette lésion, assez vaste, présente la grandeur d'une pièce de cinq francs, l'aspect et la forme d'un macaron, et les caractères d'une plaque de tuberculose verruqueuse ou plutôt d'un placard de folliculite agminée trichophytique.

Elle siège au niveau des premier et second métacarpiens, est limitée par un bord circulaire surélevé, saillant, large de 1 centimètre, qui se perd insensiblement à la périphérie dans les tissus sains, et qui, vers le centre, par endroits est taillé à pic et anfractueux. Par pression, cette vaste plaie laisse sourdre un pus blanchâtre, crémeux, épais, et est entourée d'une vaste zone inflammatoire.

La gomme évolue sans douleur et ne détermine pas l'engorgement des ganglions épitrochléens ou de l'aisselle.

Le diabète du malade a une allure torpide, ses urines contiennent encore du sucre, mais en moins grande quantité.

10 septembre. — L'amélioration de cette ulcération est très lente.

13 octobre. — Ce placard semble au contraire augmenter de surface, ses bords s'étendent excentriquement et envahissent progressivement les tissus voisins, tandis que le centre tend à se cicatriser.

M. le professeur Gaucher cautérise au thermocautère toute la lésion.

Cette observation est donc remarquable par le

nombre considérable des gommés disséminées sur les téguments, par leur évolution rapide et leur facile récédive, mais surtout par l'aspect de cette lésion sporothricosique qui ressemble en tous points au Kerion.

CONCLUSIONS

La sporothricose, affection spécifique, commune à l'homme et à certains animaux, est une maladie produite par un champignon de l'ordre des hyphomycètes et caractérisée, en général, par le développement de gommes dans les différents tissus de l'organisme.

Considérée tout d'abord comme extrêmement rare chez l'homme, elle apparaît maintenant comme relativement fréquente.

Ces gommes, suivant leur localisation anatomique, sont tégumentaires, muqueuses ou extra tégumentaires.

Leur évolution, leur localisation topographique, leur mode de développement permettent de distinguer plusieurs types cliniques : sporothricoses gommeuses disséminées, sporothricoses à grands abcès, sporothricoses lymphangitiques gommeuses, sporothricoses dermiques et épidermiques, sporothricoses bucco-pharyngées, sporothricoses tricophytoïdes à forme de Kérion, sporothricoses intra-musculaires, sporothricoses périostées osseuses ou viscérales.

Cliniquement le diagnostic de certaines de ces

formes se pose avec différentes manifestations syphilitiques (gommes, syphilide tertiaire ulcéro-tuberculeuse, syphilis du pharynx) et avec les lésions tuberculeuses suivantes : gommes cutanées, lymphangite tuberculeuse de Bazin, grands abcès froids, sarcoïdes sous-cutanées de Darrier et Roussy, tuberculose du pharynx, gommes osseuses ou périostées.

Dans nombre de cas nous pourrions affirmer par les seules ressources de la clinique le diagnostic, tant les caractères de la gomme cutanée et de l'ulcère sporothricosique muqueux sont pathognomoniques et toujours le confirmer par les procédés de laboratoire : culture, examen direct, hémoculture, sporo-agglutination.

L'iodure de potassium a eu une action curative constante dans tous les cas observés.

Vu : le Président de la thèse,

GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Schenk.* — On refractory subcutaneous abscesses caused by fungus possibly related to the sporothrix. Johns Hopkins Hospital medical Bulletin, 1898, p. 268.
- Brayton.* — Chronic abscess. Indianapolis medical Journal, 1899.
- Kektoen et Perkins.* — Refractory subcutaneous abscesses caused by sporothrix Schenkii. A new pathogenic fungus. Journal of experimental medicine 1900. Journal of the Boston Society of medical Sciences, 1900.
- De Beurmann et Ramond.* — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1903, p. 678.
- Matruchot et Ramond.* — Comptes rendus de la Société de Biologie, 4 novembre 1905, t. LIX, p. 379.
- Dor.* — Abscess sous-cutanés multiples. Presse médicale, 14 avril 1906.
- Nattan-Larrier et Lœper.* — Un cas de mycose hypodermique généralisée. Les Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1906.

De Beurmann et Gougerot. — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1906.

Gougerot. — Tribune médicale, 26 janvier et 2 février 1907.

Mycoses sous-cutanées.

De Beurmann et Gougerot. — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1907.

— Société médicale des Hôpitaux, 1907.

— Bulletins de la Société française de Dermatologie, 1907.

— Presse médicale, 31 juillet 1907.

— Congrès français de Médecine. Paris, 1907.

Danlos, Deroye et Gougerot. — Société française de Dermatologie et Syphiligraphie, 1907, p. 19.

Lesné et Monnier-Vinard. — Société médicale des Hôpitaux, 1907, p. 268.

— Revue de Médecine, 1907.

Monnier-Vinard. — Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1907.

— Société médicale des Hôpitaux, 1907.

Rubens-Duval et Fage. — Société médicale des Hôpitaux, 1907.

Laubry et Esmein. — Société médicale des Hôpitaux, 1907.

Gaucher. — Gazette des Hôpitaux, 13 juin 1907.

— Société de Dermatologie, 1907.

Peltier. — Sporotrichose gommeuse disséminée. Thèse de Paris, 1907.

Demoulin et Rubens-Duval. — Gazette des Hôpitaux, 13 août 1907.

Rubens-Duval et Monier-Vinard. — Société médicale, 1907.

- Ravaut et Civate*. — Congrès français de Médecine. Paris, 14-16 octobre 1907.
- Brissaud et Rathery*. — Congrès français de Médecine. Paris, 14-16 octobre 1907.
- Dominici et Rubens-Duval*. — Société médicale des Hôpitaux, 1907, p. 1055.
- Brodier et Gastou*. — Société médicale des Hôpitaux, 1907.
- Bonnet*. — Annales de Dermatologie, 1907, p. 680.
- Danlos et Blanc*. — Société médicale des Hôpitaux, 1907.
- De Beurmann, Gougerot et Vaucher*. — Société médicale des Hôpitaux, 1907.
- De Massary, Doury et Monier-Vinard*. — Société médicale des Hôpitaux, 1907.
- Pedro-Balina et Maro del Pont*. — Comptes rendus de la « Sociedad Dermatologica Argentina » publiés dans l'Argentina medica, 1907, Buenos-Ayres.
- V. Greco*. — « Argentina medica » 1907 : sporotrichosis linfangitica nodular vegetante. Buenos-Ayres.
- Lutz et Splendore*. — Sobre una mycose observada em Homens e Ratos : « Revista medica » de São Paulo, Brésil, 1907, 60 pp., 4 planches.
- Rubens-Duval et Monier-Vinard*. — « La sporotrichose. » Journal « la Clinique » du 7 février 1908.
- Gaucher et Louste*. — Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, mars 1908.
- Letulle et Debré*. — Société médicale des Hôpitaux, mars 1908.
- Balzer et Galup*. — Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, avril 1908.

Gaucher et Fouquet. — Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, mai 1908.

Millian. — Diagnostic clinique des gommès. Progrès médical, 16 mai 1908.

De Beurmann et Gougerot. — Sporotrichose américaine. Société médicale des Hôpitaux, mai 1908.

De Beurmann, Gougerot et Vaucher. — Société médicale des Hôpitaux, mai 1908.

Fage (A.). — Sur un cas de sporotrichose. Progrès médical. 23 mai 1908.

Gougerot et Caraven. — Sporotrichose spontanée du chien. Gommès hypodermiques, péritonite granuleuse et gommès hépatiques. Presse médicale, 24 mai 1908.

Morax et Carlotti. — Un cas de sporotrichose palpébrale à forme lymphatique. Société d'Ophtalmologie de Paris. Séance du 2 juin 1908.

Chadzinzki et Druelle. — Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, juin 1908.

Sicard, Bith et Gougerot. — Sporotrichose osseuse du tibia. Société médicale des Hôpitaux, juin 1908.

Fage (A.). — Gomme sporotrichosique périostée avec périostose du tibia. Société médicale des Hôpitaux, juin 1908.

Iludelo et Monier-Vinard. — Deux cas de sporotrichose. (Localisations hypodermiques, intra-musculaires et probablement synoviales.) Société médicale des Hôpitaux, juin 1908.

Widal (P.) et Weill. — Sporotrichose gommeuse disséminée à noyaux très confluent. Gomme sous-périostée du

tibia. Présence du parasite dans le sang. Société médicale des Hôpitaux, juin 1908.

Widal (F.) et *Abrami* (P.). — Séro-diagnostic de la sporotrichose par la sporo-agglutination. Société médicale des Hôpitaux, juin 1908.

Sicard et *Descomps*. — Sporotrichose à type gommeux symétrique. Sporo-agglutination positive. Société médicale des Hôpitaux, juin 1908. •

